

国民健康保険税軽減申請書（非自発的失業者用）

平成 年 月 日

只見町長

世帯主 住所 只見町大字
氏名
電話

印

特例対象被保険者等（特定受給資格者及び特定理由離職者）に係る国民健康保険税の軽減を受けたいので、申請いたします。

被保険者証記号番号			
離職者の氏名		離職者の生年月日	昭和 年 月 日 平成
離職日 (離職時年齢)	平成 年 月 日 () 才	離職理由 コード	

※添付書類 雇用保険受給資格者証の写し（必須）

特定受給資格者に対応する離職理由コード

離職理由コード	離職理由
11	解雇
12	天災等の理由により事業の継続が不可能となったことによる解雇
21	雇止め（雇用期間3年以上、雇止め通知あり）
22	雇止め（雇用期間3年未満、契約更新明示あり）
31	事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職
32	事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職

特定理由離職者に対応する離職理由コード

離職理由コード	離職理由
23	期間満了（雇用期間3年未満、契約更新明示なし）
33	正当な理由のある自己都合退職
34	正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12ヶ月未満）

（役場確認欄）

国保資格	対象者年齢 (離職時年齢)	離職年月日 (H21.3.31～)	離職理由 コード	雇用保険受給 資格者証	受付担当者